



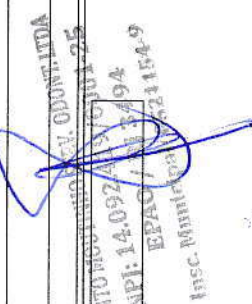
GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



524391
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/14 14:21	5-Sintra AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8486851	7-Data Validade da Sintra 14/07/12 1
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0020253309100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALINE BERNARDINO QUADROS DOS SANTOS				
15-Nome do titular do plano RENATO GOMES DO NASCIMENTO				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUIZA DIAS DO NASCIMENTO	18-Número no CRO 50076	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 112161247367511	22-Nome do Contratado Executante LUIZA DIAS DO NASCIMENTO	23-Número no CRO 50076	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUIZA DIAS DO NASCIMENTO	27-Número no CRO 50076	28-UF RJ	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				
30-Tabela 1-0018151001196	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dente/Região 47	34-Face O 1	35-Qtd 1
2-1				
3-1				
4-1				
5-1				
6-1				
7-1				
8-1				
9-1				
10-1				
11-1				
12-1				
13-1				
14-1				
15-1				
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/10/14 12:11				
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial				
46-Valor Total R\$ 0000000000				
47-Valor Total R\$ 0000000000				
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000000000				
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.				
49-Observação				
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/14 12:11 Dr. Luiz Dias				
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/14 12:11 Dr. Renato Gomes do Nascimento				
52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 12/10/14 12:11 Aline Bernardino dos Santos				
53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/14 12:11 DENTAL UNI COOPERATIVA				
54-Data, local e Carimbo da Operadora 12/10/14 12:11 DENTAL UNI COOPERATIVA				



50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/10/14 12:11 Dr. Luiz Dias

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/14 12:11 Dr. Renato Gomes do Nascimento

52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável
12/10/14 12:11 Aline Bernardino dos Santos

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/10/14 12:11 DENTAL UNI COOPERATIVA

54-Data, local e Carimbo da Operadora
12/10/14 12:11 DENTAL UNI COOPERATIVA